

Tartu Ülikool
Sotsiaalteaduste valdkond
Psühholoogia instituut

Krislin Raik

**EMOTSIONAALSE ENESETUNDE JA SUBJEKTIIVSE HEAOLU MÕJUD
TERVISEGA SEOTUD ELUKVALITEEDILE *PROGNOSIS PESSIMA*
VÄHIHAIGETE PATSIENTIDE NÄITEL**

Bakalaureusetöö

Juhendaja: Inna Narro, MSc

Läbiv pealkiri: Vähihaigete emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu seoses tervisega seotud elukvaliteediga

Tartu 2018

Emotsionaalse enesetunde ja subjektiivse heaolu mõjud tervisega seotud elukvaliteedile
prognosis pessima vähihaigete patsientide näitel

Kokkuvõte

Vähi diagnoosi puhul on tegemist haigusega, mille puhul levimus ja suremus järjest kasvavad. Sarnaselt teistele haigustele mõjutab vähidiagnoos inimese emotsionaalset seisundit ja elukvaliteeti.

Käesoleva töö eesmärgiks oli uurida ja võrrelda *prognosis pessima* vähihaigete ja vähihaigust mittepõdenud isikute emotsionaalse enesetunde ja subjektiivse heaolu mõju tervisega seotud elukvaliteedile.

Tulemuste põhjal selgus, et vähki mittepõdevate inimeste puhul mõjutavad emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu tugevamalt tervisega seotud elukvaliteeti kui *prognosis pessima* vähihaigete patsientide puhul. Kui *prognosis pessima* vähihaigete patsientide tervisega seotud elukvaliteedi kategooriatest ennustavad subjektiivne heaolu ja emotsionaalne enesetunne peamiselt kahte kategooriat: emotsionaalset heaolu ning energiat, siis kontrollgrupi tervisega seotud elukvaliteet on palju rohkem subjektiivsest heaolust ja emotsionaalsest enesetundest sõltuv. Mudelisse lisanduvad peale mainitud kahe ka füüsiline funktsioneerimine, tervislikust seisundist põhjustatud piirangud, valu ja üldine hinnang tervislikule seisundile. Tulemustest järeldeb, et emotsionaalne seisund mõjutab vähidiagnoosita inimeste puhul tugevamalt seda, kuidas inimene tajub oma tervisliku seisundi mõju elukvaliteedile.

Märksõnad: vähihaigus, *prognosis pessima*, tervisega seotud elukvaliteet, emotsionaalne enesetunne, subjektiivne heaolu

The impact of emotional feeling and subjective well-being on the health-related quality of life
of patients with *prognosis pessima* cancer diagnosis

Abstract

Cancer is a disease with increasing rates of cases and deaths. As well as other diseases, cancer affects the emotional state and life quality of a patient.

The purpose of this thesis was to explore how the health-related quality of life is affected by one's emotional feeling and the perceived subjective well-being of a cancer patient with *prognosis pessima* diagnosis in comparison to people who don't have such diagnosis.

The results showed that the emotional feeling and subjectively perceived well-being don't have as strong impact on the quality of life on *prognosis pessima* cancer patients as it has on people who don't have cancer. In terms of *prognosis pessima* cancer patients, emotional feeling and subjective well-being predicted only two categories from the quality of life: emotional well-being and energy. In comparison, there were four more categories added in the results of control group that could be predicted: physical functioning, limitations from physical condition, pain and general evaluation of health condition. The results show that the emotional state had more impact on one's perceived health-related quality of life in the group that didn't have cancer diagnosis than it did on the group with *prognosis pessima* cancer.

Key words: cancer, prognosis pessima, life quality based on health, emotional state, subjective perceived well-being

Mõistete loetelu

Hiiu Järelravi Kliinik

SA Põhja–Eesti Regionaalhaigla Hiiu Järelravi kliinik tegeleb patsientidega, kes vajavad vahetult aktiivravile järgnevat ravi, mida nimetataksegi järelraviks. Samuti korraldab kliinik palliativset ravi.

Palliatiivne ravi

Palliatiivse ravi eesmärk on parandada eluohtlike diagnoosidega patsientide ja nende lähedaste elukvaliteeti kannatuste ennetamise ja leevendamise kaudu. Seda tegevust toetavad varajane identifitseerimine ja hindamine, samuti valu ja muude füüsiliste, psühhosotsiaalsete ja ka spirituaalsete probleemide ravi. (WHO, n.d.)

Prognosis pessima vähihaige patsient

Väga halva prognoosiga patsient (Survinat, 2012, viidatud Narro, 2017). III ja IV staadiumis vähidiagnoosiga patsiendid, kellel prognoos paranemisele puudub, arstliku komisjoni otsusel on lõpetatud aktiivravi ning rakendatud parim toetav ravi haigussümptomite leevendamiseks.

Vähihaigus

Vähihaiguse all peetakse silmas haigust, mis hõlmab endas normist kõrvalekalduvat rakukoe vohamist, kusjuures koel on võime tungida ka teistesse rakukudedesse, levides sel viisil potentsiaalselt kogu organismi. See on eristuv diagnoos healoomulisest kasvajast, mis teistesse kudedesse ei tungi. Kokku on defineeritud üle saja erineva vähihaiguse. (NCI, 2015)

Sissejuhatus

Vähihaigus on tänapäeval arenenud riikides üheks levinumaks surmajuhtumi põhjuseks moodustades surmade koguarvust umbes 13% ning aastaks 2030 prognoositakse vähidiagnoosi esinemist umbes 38,4% inimestest (NCI, 2018). Eestis on vähihaigus surmapõhjuste hulgas südameveresoonkonna haiguste järel teisel kohal. Aastal 2015 registreeriti Eestis 8662 uut vähijuhtu ning vähihaigete koguarvuks oli 57 367 inimest (Vähiregister, 2017, viidatud Eesti Vähiliit, 2018). Eestis sureb igal aastal vähki ca 3 900 inimest (Valvere, 2016, viidatud Narro, 2017). Halvemal juhul võib haigus avastamise hetkel olla III või IV staadiumis, mille korral prognoos paranemisele sageli puudub. Tõhusad ravimeetodid võivad hoida haiguse kulgemise kontrolli all, kuid patsientide psüühiline ja füüsiline elukvaliteet igapäevase toimetuleku suhtes võib saada tugevalt häiritud. Vähihaiguse erinevad vormid avaldavad mõju haigestunud inimese emotsionaalsele, sotsiaalsele ja füüsilisele heaolule, mistõttu on *prognosis pessima* patsiendi subjektiivne heaolu võrreldes terve inimese omaga erinevalt tajutud. Samuti võivad patsiendid tajuda erinevalt tervisega seotud elukvaliteeti, mida on kinnitanud mõned varasemad uuringud – näiteks negatiivsed afektid võivad mõjutada seda, kuidas patsient oma tervislikku seisundit ise hindab (Cohen & Pressman, 2016). Lisaks sellele võivad subjektiivne heaolu ja emotsionaalne enesetunne mõjutada läbi tervisega seotud elukvaliteedi tajumise ka füüsilist ja sotsiaalset funktsioneerimist (Hirsch, Floyd & Duberstein, 2012), mis omakorda mõjutab elukvaliteeti tervikuna.

Hoolimata vähki haigestumise juhtude kasvust areneb ka meditsiin ning onkomeditsiiniline ravi on aina tõhusam vähist tervenemise valdkonnas. Üle poole patsientidest elab ravi algusest vähemalt viis aastat, mida vähiravis tinglikult loetakse tervenemise kriteeriumiks. Vähi haigestumise lai levik ning prognoositud kasv on märgiks vähidiagnoosiga patsientide poolt tajutud heaolu selgitavate uuringute vajaduse kohta, et patsientidele pakkuda teadlikumalt kujundatud, efektiivsemat ja paremat tuge võimalikult täisväärtusliku elu elamiseks ning palliatiivse ravi arendamiseks.

Käesoleva töö autori eesmärk oli selgitada, kuidas seostuvad *prognosis pessima* patsientide tervisega seotud elukvaliteediga nende emotsionaalne enesetunne ning subjektiivselt tajutud heaolu ning kui palju võib viimase kahe kategooria põhjal ennustada ette *prognosis pessima* vähihaigete patsientide tervisega seotud elukvaliteeti ja subjektiivselt tajutud heaolu. Töö teema uudsus ja aktuaalsus seisnevad selles, et *prognosis pessima* diagnoosiga vähihaigeid

patsiente ei ole Eesti ülikoolide psühholoogiainstituutides varem uuritud ning uuringu tulemused võiksid pakkuda huvi onkoloogiavaldkonnas tegelevatele spetsialistidele.

Töö on jätkuvaks analüüsiks psühholoog Inna Narro poolt läbi viidud küsitlustele Põhja-Eesti Regionaalhaigla Hiiu Järeldravi Kliinikus *prognosis pessima* vähihaigete patsientidega (Narro, 2017), võttes vaatluse alla konkreetset kolm mainitud valdkonda ning kõrvutades tulemusi grupiga, kellel vähidiagnoos puudub.

Subjektiivne heaolu, emotsionaalne enesetunne ning seotus tervisega

Subjektiivse heaolu all peetakse silmas inimese afektiivseid tundeid ja kognitiivseid hinnanguid seoses tema eluga tevikuna (Diener et.al., 2002, viidatud Tessier, Blanchin, Sebille, 2017). Varasemalt on leitud, et subjektiivne heaolu erineb sõltuvalt inimese tervislikust seisundist. Uuringute põhjal on halva ja väga halva tervise korral ka subjektiivne heaolu madalam (Dolan, Peasgood, White, 2008, viidatud Narro, 2017) ning tugev negatiivne mõju subjektiivsele heaolule on surma lähenedes (Cella, et. al. 1987). Subjektiivset heaolu on ka varem just vähipatsientide puhul vaatluse alla võetud (nt Dunn, et. al. 2013 ja Tessier, Planchin, Sebille, 2017), kus on muuhulgas ka leitud, et vähihaigete patsientide subjektiivne heaolu on küll tugevas seoses vaimse tervisega, kuid seos tervisega seotud elukvaliteediga aja jooksul muutub. Sellegipoolest leidub uuringuid ja viiteid subjektiivse heaolu olulisusele eriti palliatiivses ravis (nt Carrell, 2013, viidatud Yennurajalingam, et. al. 2018) - vähihaigusega kaasnevad peamised distressi põhjustavad faktorid on halvenenud funktsioneerimine, füüsilised ja psühhosotsiaalsed sümptomid ning vähenenud tajutud heaolu.

Seoseid tervisega on leitud ka emotsionaalse enesetunde puhul - emotsionaalset distressi on seostatud haiguste tekkega (Stewart-Brown, 1998) ning seost tervisega peetakse kohati isegi tugevamaks kui subjektiivse heaolu puhul (Dolan & Metcalfe, 2012). Rüütli (2011, viidatud Narro, 2017) on leidnud, et mida paremaks hindas vähihaige oma tervist, seda madalam oli tema negatiivne emotsionaalsus ja suuremad positiivne emotsionaalsus ning eluga rahulolu.

Varasemad uuringud Eestis: sotsiaalvaldkond ning vähihaiged

Käesoleva töö aluseks on Inna narro poolt 2017. aastal TÜ Psühholoogia instituudis kaitstud magistritöö “Vähihaiguse üle elanud ja *prognosis pessima* vähihaigete subjektiivne heaolu ning personaalsed väärtused”, mis kõrvutas *prognosis pessima* vähihaigete patsientide ning vähi üle elanud inimeste personaalseid väärtuseid, subjektiivset heaolu ning positiivselt ja negatiivselt tajutud afekte. Poliitikauuringute Keskus Praxis poolt viidi Eesti Vähiliidu tellimisel 2012. aastal läbi uuring, mille fookuses oli vähipatsientide elukvaliteet ja seda

mõjutavaid tegureid (Paat-Ahi, Sikkut ja Veldre, 2013). Tartu Ülikooli psühholoogiainstituudis on uurinud eesnäärmevähi diagnoosiga patsientide neurootilisuse, ekstravertsuse ja kohusetundlikkuse seoseid Neeme, Aavik, Aavik ja Punab (2015) ning seksuaalintervist Valgemäe (2012) (viidatud Narro, 2017). Vähipatsientide elukvaliteeti ja seda mõjutavaid psühhosotsiaalseid tegureid Eestis on uurinud Tallinna Ülikoolis Vulp (2015) ja Vaikmäe (2015) Tartu Ülikooli Pärnu Kolledžist (viidatud Narro, 2017).

Töö eesmärk ja hüpoteesid

Käesoleva töö eesmärgiks on välja selgitada, kuidas tervisega seotud elukvaliteet, emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu *prognosis pessima* vähihaigetel patsientidel omavahel seostuvad võrreldes neid kontrollgrupiga. Töö suurem rõhuasetus on seatud tervisega seotud elukvaliteedile, mille puhul uuritakse teise kahe mõõdiku - subjektiivse heaolu küsimustik ja emotsionaalse enesetunde küsimustik - mõju erinevatele tervisega seonduva elukvaliteedi kategooriatele, et selgitada subjektiivse heaolu ja emotsionaalse enesetunde mõju sellele, kuidas inimene oma tervisega seotud elukvaliteeti tajub.

Viimase kümne aasta jooksul on väga palju uuritud subjektiivset heaolu mõjutavaid faktoreid. Empiiriliste uurimuste tulemustest selgub, et subjektiivne heaolu hõlmab endas peamiselt kahte aspekti: kognitiivseid hinnanguid, nagu näiteks eluga rahulolu, aga ka emotsionaalset heaolu, võttes arvesse inimese poolt kogetud positiivsete ja negatiivsete emotsioonide omavahelist tasakaalu (nt Diener, Oishi, Tay, 2018). Varasemalt on leitud, et inimestel, kelle esineb rohkem emotsionaalsed probleeme, on ka subjektiivselt tajutud heaolu madalam (nt Tessier, Blanchine, Seville, 2017; Cohen & Pressman, 2016). Sellest lähtuvalt püstitati hüpotees:

1. Madala emotsionaalse enesetunde ning subjektiivse heaolu vahel valitseb mõlema grupi puhul korrelatiivselt negatiivne seos.

Lisaks on leitud, et tervisega seotud elukvaliteedi põhjal on võimalik subjektiivset heaolu ennustada (Bush, et. al. 2010), kuna halva tervise korral on subjektiivne heaolu madalam (nt Dolan, Peasgood, White, 2007). Samuti, nagu mainitud, viitab emotsionaalne enesetunne madalamale subjektiivsele heaolule. Varasemalt on leitud, et subjektiivse heaolu puhul omavad mõju vaimse tervise kategooriates peamiselt ärevus ja depressioon ning füüsilise tervise kontekstis on eraldi välja toodud valu kogemise mõju (Dolan, et. al. 2012). Teisalt on öeldud, et subjektiivse heaoluga seondub tugevamalt vaimne tervis (depressioon ja ärevus), elujõulisus ja sotsiaalne funktsioneerimine, samas kui valu ja füüsiline tervis ei mõjutanud patsiendi hinnanguid oma õnnelikkusele (Mukuria & Brazier, 2013). Kuna tervislik seisund

on *prognosis pessima* vähihaigete patsientide jaoks nende elule väga suure mõjuga, siis esineb tõenäosus, et nende puhul on subjektiivse heaolu, emotsionaalse enesetunde ja tervisega seotud elukvaliteedi näitajad omavahel tugevamini seotud ning võimaldavad seetõttu üksteist efektiivsemalt ennustada. Töös otsitakse kinnitust hüpoteesile, et:

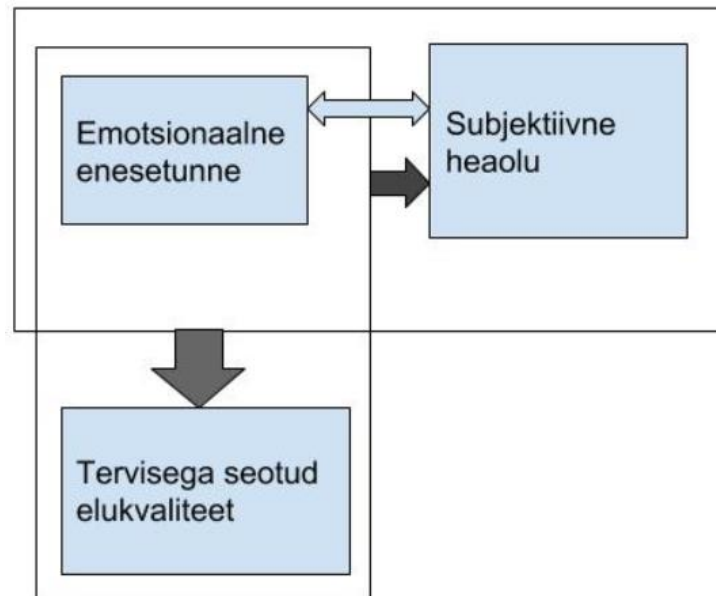
2. Tervisega seotud elukvaliteedi ning emotsionaalse enesetunde küsimustikud tervikmodelina ennustavad subjektiivset heaolu vähihaigete puhul efektiivsemalt kui kontrollgrupi puhul.

Käesoleva töö kaugemaks eesmärgiks on uurida, kas antud mudeli ennustusvõime on kahe-suunaline - see tähendab, et tervisega seotud elukvaliteedi põhjal on võimalik ennustada subjektiivset heaolu, aga emotsionaalse enesetunde ja subjektiivse heaolu põhjal on võimalik ennustada ka tervisega seotud elukvaliteedi kategooriaid. Eelpool viidatud uuringud kinnitavad, et subjektiivne heaolu ja emotsionaalne enesetunne mõjutavad läbi tervisega seotud elukvaliteedi tajumise ka füüsilist ja sotsiaalset funktsioneerimist (Hirsch, Floyd & Duberstein, 2012). Lisaks on uuringutes mainitud, et see suund võiks potentsiaalselt kahe-suunaline olla (Steptoe, Deaton, Stone, 2015) ning negatiivne afektiivsus on seotud vaimsete ja füüsiliste negatiivsete sümptomitega (Leventhal, et. al. 1996, viidatud Narro, 2017), seda eelkõige näiteks väsimuse, ärevuse, hooldaja distressi taseme ja anoreksiaga (Yennurajalingam, et. al. 2018). See, kuidas inimene subjektiivselt oma haigusega kaasnevaid sümptomeid tajub ning kuidas haigus psühholoogiliselt inimesele mõju avaldab, on seotud haiguse füüsiliste sümptomite avaldumisega vähihaigetel patsientidel (Lutgendorf & Sood, 2011). Sellest tulenevalt püstitati ennustusvõime selgitamiseks hüpotees:

3. Emotsionaalne enesetunne ning subjektiivne heaolu tervikmodelina ennustavad vähihaigete puhul kontrollgrupiga võrreldes efektiivsemalt tervisega seotud elukvaliteedi kategooriaid.

Käesoleva töö uurimisküsimusteks on, kuidas korreleeruvad omavahel subjektiivne heaolu ning emotsionaalne enesetunne võrreldes *prognosis pessima* vähihaigeid patsiente kontrollgrupiga ning milliselt ennustavad subjektiivset heaolu emotsionaalne enesetunne ja tervisega seotud elukvaliteeti, aga ka emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu tervisega seotud elukvaliteeti (joonis 1). Tulemused võiksid huvi pakkuda *prognosis pessima* vähihaigete palliatiivse ravi edendamisele, andes parema aimduse, millistel subjektiivse heaolu ja emotsionaalse enesetunde aspektidel on mõju sellele, kuidas *prognosis pessima* vähihaige patsient oma tervisega seotud elukvaliteeti tunnetab ning kuidas see mudel erineb vähidiagnoosita inimese omast.

Joonis 1. Töö uurimissuunad: korrelatsioonid ja lineaarregressiooni mudelid.



Meetod

Valim

Uuringu sihtrühmadeks on SA PERH-i Järeldravi kliiniku III onkoloogia osakonna eesti keelt kõnelevad *prognosis pessima* (III, IV staadium) vähidiagnoosiga mees- ja naissoost patsiendid (vanemad kui 18 eluaastat) ning mugavusvalimisse kuulunud vanemad kui 18 eluaastat vähki mittepõdevad inimesed. Valimi mõlemasse gruppi kuulusid inimesed, kellel on terviseprobleemid – uurimisgrupi puhul vähist tulenevad ning kontrollgrupi puhul võimalikud east tulenevad terviseprobleemid.

Küsitlus *prognosis pessima* vähihaigete patsientide seas viidi läbi ajavahemikul 2013- 2018, milles osales 62 isikut (34 meest, 28 naist). Neist varasem vähidiagnoos oli pandud välja aastal 1988 ning hilisem diagnoos aastal 2018. *Prognosis pessima* 62 patsiendil oli kokku 30 erinevat vähidiagnoosi, 28 naispatsiendist esines enim rinna pk-d (edaspidi pahaloomuline kasvaja) 8-l juhul ja emakapiirkonna pk-d 4-l juhul ning 34 meespatsiendist esines diagnoosidest enim maokeha pk 5-l juhul, pärasoole pk 4-l juhul ja eesnäärme pk 3-l juhul. 28 *prognosis pessima* patsiendi haigusseisund olid jõudnud IV staadiumisse, 11 patsiendil III staadiumisse, 17 patsiendil oli haiguse staadium epikriisis raviarstide poolt määramata. *Prognosis pessima* patsiendid olid vanuses 21-86 eluaastat, keskmine vanus oli 63 eluaastat.

26. 05. 17 seisuga oli uuringus osalenud 62-st *prognosis pessima* patsiendist surnud 57 ning elus 5. Kõige lühem päevade arv ankeedi täitmise ja surmakuupäeva vahel oli 5 päeva. (Viidatud Narro, 2017).

Küsitlus kontrollgrupis viidi läbi vahemikus jaanuar-märts 2018, selles osales 62 isikut (54 naist, 8 meest). Kontrollgruppi kuulunud inimesed olid vanused 40-84 eluaastat, keskmine vanus oli 64 eluaastat.

Mõõtevahendid

Eluga rahulolu küsimustik (SWLS)

Eluga rahulolu küsimustik koosneb kahest osast. Esimene osa koosneb viiest üldisest küsimusest eluga rahulolu kohta (nt „suuremalt jaolt on mu elu ideaalilähedane“), millele vastati 5-pallisel Likerti skaalal (1- ei ole üldse nõus, 5- olen täiesti nõus). Teise osa moodustavad 20 küsimust konkreetsete valdkondade kohta (nt tervis, elukoht), millele vastati samuti 5-pallisel Likerti skaalal (1- ei ole üldse rahul, 5- väga rahul). Esimese viie küsimuse põhjal oli testi sisereliaabluse koefitsient Cronbach'i α .71. Rahuolu hindamisel läheb arvesse viis esimest väidet. Küsimustiku SWLS autorite (Diener et al., 1985, viidatud Narro, 2017) sõnul on tegemist ühefaktorilise subjektiivse heaolu mõõtmise vahendiga, mis ei sisalda positiivset ega negatiivset afekti, vaid hindab subjektiivse heaolu kognitiivset komponenti. Küsimustiku adapteerijaks Eestis on Anu Realo.

RAND-36 Tervisliku Seisundi küsimustik

RAND-36 mõõdab tervisega seotud elukvaliteeti ning küsimustik koosneb kaheksast osast: füüsilist funktsioneerimine, füüsilistest takistustest tulenevad piirangud igapäevaste tegevuste sooritamisel, emotsionaalsetest takistustest tulenevad piirangud igapäevaste tegevuste sooritamisel, energiatase/väsimus, emotsionaalset heaolutunne, sotsiaalne funktsioneerimine, valu ning inimese üldine hinnang oma tervislikule seisundile. Käesolevas töös vaadatakse antud küsimustiku tulemusi kõikide kategooriate üleselt ning eraldiseisvalt analüüsitakse subjektiivse heaolu ja emotsionaalse enesetunde küsimustike skooride mõju kõikidele RAND-36 kategooriatele. RAND-36 Algse SF-36 vabavaraline versioon erineb QualityMetric Inc poolt levitatud ja autoriõigustega kaitstud SF-36_ver1 versioonist küsimuste sõnastuste ning sellest tulenevate skaalade skooride arvutamise pisierinevuste poolest (Lai, 2012). Käesolevas töös oli RAND-36 küsimustiku sisereliaabluse koefitsient Cronbach'i α .87.

EEK-2 Emotsionaalse Enesetunde Küsimustik

EEK-2 mõõdab emotsionaalse enesetundega seonduvaid kuute kategooriat: depressioon, ärevus, agorafobia, sotsiaälärevus, asteenia, unetus. Käesolevas töös vaadatakse muuhulgas antud küsimustiku tulemuste korreleerumist subjektiivse heaolu küsimustiku tulemustega ning mudelisse kuuludes ka ennustusvõimet tervisega seotud elukvaliteedi kategooriate puhul. Käesolevas töös oli EEK2 küsimustiku sisereliaabluse koefitsient Cronbach'i α .73.

Protseduur

Kõik uuringus osalejad täitsid kolm küsimustikku (Tervisega Seotud Elukvaliteedi Küsimustik - RAND-36; Emotsionaalse Enesetunde Küsimustik - EEK2; Subjektiivse Heaolu Küsimustik - SWLS). *Prognosis pessima* vähihaiged patsiendid täitsid küsimustiku haiglas viibimise ajal, kõik patsiendid olid orienteeritud ajas, kohas, isikus ja situatsioonis, mis selgitati välja käesoleva töö aluseks oleva magistritöö (Narro, 2017) andmete kogumisele eelnevalt kliinilise intervjuu (Lisa 1) raames. Kõik *prognosis pessima* patsiendid vastasid kõikidele kliinilise intervjuu küsimustele suuliselt, neid intervjueris Hiiu Järeldravi Kliiniku psühholoog ning käesoleva töö aluseks oleva magistritöö autor Inna Narro. Ankeedi täitsid intervjueritud patsiendid iseseisvalt. Kontrollgrupi moodustasid mugavusvalimi printsiibil vähidiagnoosita inimesed, kelleni jõuti käesoleva töö autori tutvuste kaudu ning valdav osa neist on Kuressaare linna vanemaealised elanikud. Kõik kontrollgruppi kuuluvad katseisikud täitsid küsimustikud kirjalikult. Mõlemasse valimi gruppi kuulunud inimestel esines kas haigusest (vähk) või east tulenevaid terviseprobleeme. Vastavalt Tartu Ülikooli inimuuringu eetika komitee nõutele täitsid uuringus osalejad eelnevalt informeeritud nõusoleku lehe (Lisa 2).

Statistiline analüüs

Käesoleva empiirilise kvantitatiivse uuringu jaoks kogutud andmete analüüsimiseks kasutati statistilise andmetöötamise programmi IBM SPSS Statistics (Versioon 22).

Kvantitatiivsete andmete omavaheliste korrelatsioonide leidmisel kasutati Spearmani korrelatsioonikordajat, kuna tunnused mida kasutati korrelatsioonanalüüsis, ei vastanud Pearsoni korrelatsioonikordaja kasutamise eeldustele. Normaaljaotuse väljaselgitamiseks viidi läbi Shapiro-Wilkes'i test neile tunnustele, mida võeti arvesse korrelatsioonanalüüsis. Tulemuste esitamisel on lähtutud olulisustõenäosusest $p < .05$.

Kvantitatiivsete andmete põhjal kujunenud mudelite ennustusvõime uurimiseks kasutati multinoomset lineaarregressiooni. Tulemuste esitamisel on lähtutud olulisustõenäosusest $p < .05$. Mudeli statistiliselt oluliste näitajate analüüsimiseks jälgiti beeta suunda.

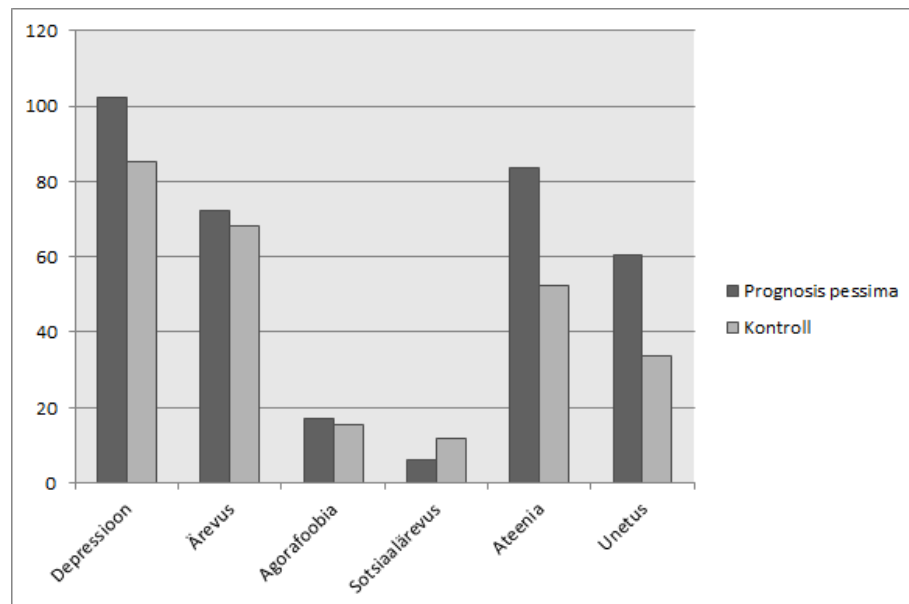
Küsimustike reliaablust on kontrollitud reliaablusanalüüsi teel (*Cronbach's Alpha*) valides olulisusnivooks = .05.

Tulemused

Taustainfo

EEK2 küsimustiku tulemuste keskmised erinesid kahe grupi puhul kõige suuremalt kategooriates “Asteenias”, “Unetus” ja “Depressioon”. Uurimisgrupi puhul “Asteenias” keskmine väärtus oli 8,4 ühikut, kontrollgrupi puhul 5,2 ühikut (vahe 3,2); “unetuse” puhul patsientide keskmine 6,0, kontrollgrupil 3,4 (vahe 2,6); “depressiooni” puhul uurimisgrupi keskmine 10,2, kontrollgrupil 8,5 (vahe 1,7) (joonis 2).

Joonis 2: Emotsionaalse Enesetunde EEK-2 küsimustiku tulemuste keskmiste võrdlus: *prognosis pessima* vähihaiged patsiendid vs kontrollgrupp.

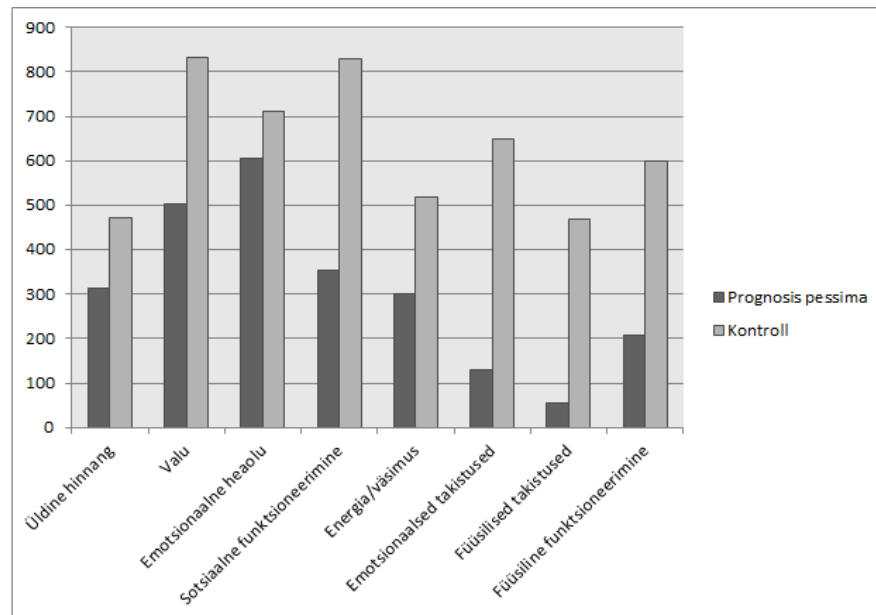


Subjektiivse heaolu skoor oli uurimisgrupil keskmiselt madalam kui kontrollgrupil: uurimisgrupi keskmine tulemus oli 15,9 ühikut, kontrollgrupil 17,2 ühikut.

Tervisega seotud elukvaliteedi kategooriates ilmnemise kõige suuremad statistilised erinevused “füüsilise funktsioneerimise” (pp 20,7, kontroll 59,8), “füüsilistest takistustest põhjustatud piirangutes igapäevastes tegevustes” (pp 5,6, kontroll 46,7), “emotsionaalsetes takistustes” (pp 13,1, kontroll 65,0). Kõige väiksem erinevus tulemustes oli kategoorias “emotsionaalne heaolu” (pp 60,4, kontroll 71,0) (Joonis 3). Nende näitajate puhul tähendab kõrgem skoor

kategooria väiksemat negatiivset mõju tervisega seotud elukvaliteedile (vastavalt kõrgem skoor: vähem füüsilisest tervisest/emotsionaalsetest probleemidest põhjustatud takistusi, parem emotsionaalne heaolu, vähem valu jne).

Joonis 3: Tervisega seotud elukvaliteedi küsimustiku RAND-36 tulemuste keskmiste võrdlus: *prognosis pessima* vähihaiged patsiendid vs kontrollgrupp.



Korrelatsioonid: emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu

Kuna EEK2 mõõdab emotsionaalse enesetunde kategooriaid, mille kõrgem skoor näitab vastava kategooria suuremat negatiivset mõju emotsionaalsele enesetundele tervikuna ja subjektiivset heaolu mõõtvat SWLS küsimustiku kõrgem skoor on indikaatoriks kõrgemast subjektiivselt tajutud heaolust, oli esimene hüpotees järgnev: emotsionaalne enesetunne ning subjektiivne heaolutunne on mõlema grupi puhul omavahel negatiivselt korreleeritud. Hüpoteesi tõestamiseks viidi läbi korrelatsioonanalüüs. Tulemustest selgus, et märkimisväärne negatiivne korrelatsioon on mõlema grupi puhul ainult ühes kategoorias - depressiooniskaala (EEK2 alaskaala) ja subjektiivne heaolu on omavahel negatiivselt korreleeritud. Nii *prognosis pessima* grupi kui kontrollgrupi puhul on korrelatsioon väga nõrk ($r = -.3$), kuid uurimisgrupi puhul on statistiline olulisus suurem ($p < .019$) võrreldes kontrollgrupiga ($p < .048$). Seega esines nõrk korrelatsioon vaid ühe EEK2 alaskaala ja subjektiivse heaolu skoori vahel ning hüpotees kinnitust ei leidnud.

Lineaarregressioonid: subjektiivse heaolu mõjutajate mudel

Teine hüpotees: tervisega seotud elukvaliteedi ning emotsionaalse enesetunde küsimustikud tervikmodelina ennustavad subjektiivset heaolu vähihaigete puhul paremini kui kontrollgrupi puhul. Hüpoteesi tõestamiseks viidi läbi multinoom lineaarne regressioonanalüüs ning tulemustest selgus, et statistiliselt oluline mudel ilmneb kahe testi põhjal kokku *prognosis pessima* vähihaigete patsientide puhul ($r = .646$, seletab ära 41,7%, $p < .015$) (Lisa 2, tabel 6), kontrollgrupi puhul on mudel nõrgem ($r = .537$, seletab ära 28,9%, $p < .226$) (Lisa 3, tabel 7), seega hüpotees leidis kinnitust. *Prognosis pessima* patsientide mudelis on statistiliselt olulise mõjuga eraldi emotsionaalne heaolu ($p < .029$, positiivne beeta), valu ($p < .036$, negatiivne beeta), depressioon ($p < .003$, negatiivne beeta), ärevus ($p < .034$, positiivne beeta). (Lisa 1, tabelid 1.1 ja 1.2).

Lineaarregressioonid: tervisega seotud elukvaliteedi kategooriate mõjutajate mudel

Kolmas hüpotees: Emotsionaalne enesetunne ning subjektiivne heaolu tervikmodelina ennustavad vähihaigete puhul kontrollgrupiga võrreldes efektiivsemalt tervisega seotud elukvaliteedi kategooriaid. Hüpoteesi tõestamiseks viidi läbi kaheksa multinoomset lineaarregressiooni, et uurida mõju kõigile tervisega seotud elukvaliteedi küsimustiku kategooriatele (RAND-36): füüsiline funktsioneerimine, tervislikust seisundist põhjustatud piirangud igapäevases elus, emotsionaalsetest probleemidest põhjustatud piirangud igapäevases elus, energia/väsimus, emotsionaalne heaolu, sotsiaalne funktsioneerimine, valu ja hinnang üldisele tervislikule seisundile.

Tulemustest selgus, et mudel ei olnud statistiliselt oluline kategooriates “emotsionaalsetest probleemidest põhjustatud piirangud igapäevases elus” ja “sotsiaalne funktsioneerimine”.

Mudel aga oli statistiliselt oluline kummalegi grupile järgmistes kategooriates (Lisa 2):

Füüsiline funktsioneerimine

Mudel on statistiliselt oluline vaid kontrollgrupi puhul ($r = .529$, $p < .011$, seletab ära 28%).

Mudeli puhul on tulemusele statistiliselt olulise mõjuga eraldi EEK2 alaskaala “Unetus” ($p < .013$). (Lisa 2, tabelid 2.1.1 ja 2.1.2)

Tervislikust seisundist põhjustatud piirangud igapäevases elus

Mudel statistiliselt oluline vaid kontrollgrupi puhul ($r = .506$, $p < .022$, seletab ära 25,6%).

Mudeli puhul kõikidest kategooriatest kummagi mõõdiku puhul ükski ei avalda eraldiseisvalt statistiliselt olulist mõju (Lisa 2, tabelid 2.2.1 ja 2.2.2).

Energia/väsimus

Mudel on statistiliselt oluline mõlema grupi puhul: *prognosis pessima* grupp ($r = .629$, $p < .00$, seletab ära 39,6%) ja kontrollgrupp ($r = .665$, $p < .00$, seletab ära 44,2%). Mudeli puhul on kontrollgrupi tulemusele statistiliselt olulise mõjuga EEK2 alaskaalad “Unetus” ($p < .028$), “Asteenia” ($p < .016$), “Ärevus” ($p < .014$). Mudeli puhul on *prognosis pessima* grupi tulemustele statistiliselt olulise mõjuga SWLS Subjektiivse heaolu näitaja ($p < .040$) ning EEK2 alaskaala “Asteenia” ($p < .001$). (Lisa 2, tabelid 2.3.1 ja 2.3.2)

Emotsionaalne heaolu

Mudel on statistiliselt oluline mõlema grupi puhul: *prognosis pessima* grupp ($r = .643$, $p < .00$, seletab ära 41,3%) ja kontrollgrupp ($r = .720$, $p < .00$, seletab ära 51,8%). Mudeli puhul kõikidest kategooriatest kummagi mõõdiku puhul ükski ei avalda eraldiseisvalt statistiliselt olulist mõju. (Lisa 2, tabelid 2.4.1 ja 2.4.2)

Valu

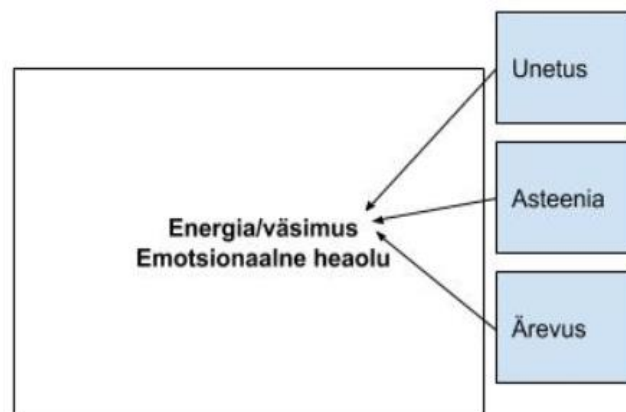
Mudel on statistiliselt oluline vaid kontrollgrupi puhul ($r = .540$, $p < .008$, seletab ära 29,2%). Mudeli puhul on statistiliselt olulise mõjuga eraldi EEK2 alaskaala “Unetus” ($p < .010$). (Lisa 2, tabelid 2.5.1 ja 2.5.2)

Hinnang üldisele tervislikule seisundile

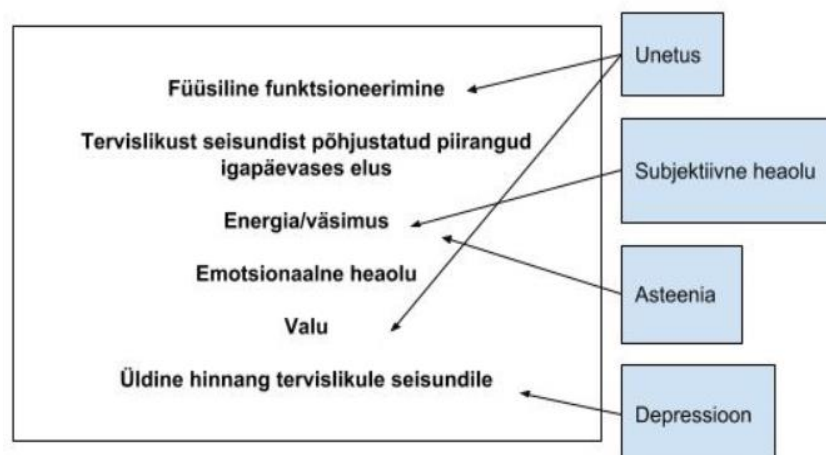
Mudel on statistiliselt oluline vaid kontrollgrupi puhul ($r = .580$, $p < .002$, seletab ära 33,6%). Mudeli puhul on statistiliselt olulise mõjuga eraldi EEK2 alaskaala “Depressioon” ($p < .046$). (Lisa 2, tabelid 2.6.1 ja 2.6.2)

Kuna loodud regressioonianalüüside mudelites suutsid tulemused rohkem tervisega seotud elukvaliteeti ennustada kontrollgrupi puhul, siis hüpotees kinnitust ei leidnud (joonised 4 ja 5).

Joonis 4: Emotsionaalse enesetunde ja subjektiivse heaolu põhjal ennustatavad *prognosis pessima* patsientide tervisega seotud elukvaliteedi näitajad ja statistiliselt oluliselt mõjutavad tegurid



Joonis 5: Emotsionaalse enesetunde ja subjektiivse heaolu põhjal ennustatavad kontrollgrupi tervisega seotud elukvaliteedi näitajad ja statistiliselt oluliselt mõjutavad tegurid.



Arutelu

Prognosis pessima grupil oli EEK2 Emotsionaalse enesetunde küsimustiku põhjal rohkem emotsionaalse seisundiga seonduvaid probleeme ning SWLS Subjektiivse heaolu küsimustiku järgi madalam subjektiivne heaolu. Need tulemused seostuvad varasemate uuringutega, mis näitavad, et halva tervise korral on subjektiivne heaolu madalam (nt Dolan, Peasgood, White, 2008; Cella, et. al. 1987; Leventhal, et. al. 1996, viidatud Narro, 2017) ning vähihaigusega kaasnevad sümptomid põhjustavad patsiendis füüsilisi ja psühhosotsiaalseid kannatusi (Paice, 2004, Walsh, et. al., 2000, viidatud Yennurajalingam, 2018). Samuti on tervisega seotud elukvaliteedi tulemuste keskmiste põhjal selgelt näha vähihaigete patsientide halvem tervislik

seisund ning madalam elukvaliteet, sh kõrgem skoor füüsilisest tervisest põhjustatud takistuste puhul igapäevaelus ning füüsilise funktsioneerimise negatiivsem tulemus. Kuna käesolevas uuringus kuulusid kontrollgruppi sarnases eas inimesed, kellel võis tulenevalt valimi keskmisest eest esineda ka kõrge vanusega seonduvaid terviseprobleeme, siis võib see olla üheks indikaatoriks, miks füüsilise tervisega seonduva elukvaliteedi keskmised skooride erinevused gruppide võrdluses suuremad ei ole.

Korrelatiivne seos subjektiivse heaolu ning emotsionaalse enesetunde alaskaalade vahel oli statistiliselt ebaoluline mõlema grupi puhul, mis on varasemate uuringutega vastukäiv (nt Tessier, Blanchine, Sebille, 2017) ning selline tulemus võis olla põhjustatud valimi väiksusest.

Olenemata nõrgast korrelatsioonist oli mudelisse lisatud tervisega seotud elukvaliteedi ja emotsionaalse enesetunde ennustusvõime *prognosis pessima* subjektiivsele heaolule statistiliselt oluline, mis kinnitas töö autori poolt püstitatud hüpoteesi, et vähihaigete subjektiivne heaolu on tervisega seotud elukvaliteedi ja emotsionaalse enesetunde põhjal kontrollgrupiga võrreldes efektiivsemalt ennustatav. See tulemus langeb kokku varem läbi viidud uuringute tulemustega (nt Yennurajalingam, et. al. 2018; Bush, et. al. 2010), kus on uuritud vähihaigete subjektiivset heaolu mõjutavaid faktoreid ning leitud, et tervisega seotud elukvaliteet ja emotsionaalne enesetunne on subjektiivse heaolu tajumisel olulised tegurid. Samas on käesoleva uuringu tulemus vastukäiv nende uuringutega, kus on füüsilise tervise olulisust subjektiivse heaolu kontekstis vähem tähtsaks peetud ning leitud, et subjektiivse heaoluga seondub tugevamalt vaimne tervis (depressioon ja ärevus), elujõulisus ja sotsiaalne funktsioneerimine, samas kui valu ja füüsiline tervis ei mõjutanud patsiendi hinnanguid oma õnnelikkusele (Mukuria & Brazier, 2013). Samuti on leitud, et tervisliku seisundiga seonduva elukvaliteedi küsimustikes, kus sisaldub juba ka subjektiivse heaolu komponent, seostub viimasega tugevalt emotsionaalne heaolu, kuid ükski teine tervisega seotud elukvaliteedi küsimustiku mõõdik emotsioonidega ei seostu (Tessier, Blanchine, Sebille, 2017). Sellised tulemused annavad ajendi valdkonna põhjalikuks uurimiseks ja analüüsiks, millest erinevused võivad tulla. Mudeli põhjal ilmnes ka esmapilgul üllatavaid statistiliselt olulisi faktoreid, mida võib pidada antud valimi eripäraks ning valimi väiksusest tulenevaks veaks - subjektiivset heaolu ennustasid vähihaigete puhul peale madala depressiooni ja kõrge emotsionaalse heaolu ka kõrgem ärevus ning valu. Valu tugevalt negatiivset mõju subjektiivsele heaolule kinnitavad aga mitmed uuringud (nt McNamee & Mendolia, 2014), nagu ka ärevuse puhul (Yennurajalingam, et. al. 2018).

Kui töö olulisima hüpoteesi tõestamise kontekstis vaadeldi teiste mõõdikute ennustusvõimet kõikidele tervisega seotud elukvaliteedi kategooriatele eraldi, selgus, et *prognosis pessima* vähihaigete patsientide puhul on mudel kontrollgrupist päris palju erinev. Nagu selgus, siis suudab mudel ennustada selle grupi puhul vaid kahte tunnust - emotsionaalset enesetunnet ning energia/väsimust, jättes kõrvale kõik teised füüsilise tervisega seotud aspektid, mis just selle grupi puhul on sümptomitest tulenevalt tugevalt tervisega seotud elukvaliteeti mõjutavad, nagu selgus grupi keskmistest tulemustest tervisega seotud elukvaliteedis (joonis 3). Kuna kontrollgrupi puhul ennustas mudel kõigist kaheksast lausa kuute tervisega seotud elukvaliteedi kategooriat (millest kaks ka uurimisgrupiga kattusid: emotsionaalne enesetunne ning energia/väsimus), võib järeldada, et vähidiagnoosita inimeste puhul on tervisega seotud elukvaliteet kvantitatiivselt palju rohkem mõjutatud nende subjektiivsest heaolust ja emotsionaalsest enesetundest. Subjektiivne heaolu ja emotsionaalne enesetunne mõjutavad erinevalt kontrollgrupist rohkem seda, kuidas oma tervislikku seisundit tunnetatakse ning kui palju elukvaliteet muutub kui toimuvad muutused heaolus või emotsionaalses enesetundes. See tähendab, et viimasest kahest ollakse oma tervisega seotud elukvaliteedi kategooriate tunnetamisel rohkem sõltuvad, mis on käesolevas töös kolmanda hüpoteesiga vastuolus. Samas lähevad antud uuringu tulemused hästi kokku Yennurajalingam, et. al. (2018) uurimusega, kus leiti samuti seosed muuhulgas just ärevuse ja väsimusega vähihaigete patsientide puhul. Vähihaigete puhul on subjektiivne heaolu ja emotsionaalne enesetunne antud uuringu tulemuste põhjal tervisega seonduvast elukvaliteedist rohkem eraldiseisvad, kuna kvantitatiivselt mõjutavad need faktorid vähem tervisega seotud kategooriaid. Nende tulemuste analüüsimisel võib seoseid luua ka *prognosis pessima* vähihaigete patsientide äärmusliku tervisliku seisundiga, mispuhul füüsilised vaevused põhjustavad inimesele suuri kannatusi ja seetõttu defineerivad need diagnoosiga kaasnevad sümptomid suurema osa tervisega seotud elukvaliteedist ja emotsionaalsele ja subjektiivsele heaolule jääb vähem kaalu. Lisaks võib üheks põhjuseks, miks terved inimesed võivad oma kehvena tervisega seotud elukvaliteedi aspekte tajuda negatiivsemalt, uuringute põhjal pidada ka võimet ja valmisolekut vaevusttekitavate sümptomitega kohaneda (Tessier, Blanchine, Sebille, 2017), mis näiteks vähihaigete patsientide puhul võib diagnoosist tulenevalt olla keskmiselt kõrgem. Varasemalt on leitud, et vähihaigete patsientide subjektiivne heaolu on tugevas seoses vaimse tervisega, kuid see seos tervisega seotud elukvaliteediga aja jooksul muutub, millele omakorda avaldab mõjut haiguse kestvus (Tessier, Blanchine, Sebille, 2017). Kuna uuringus osalenud vähihaigete patsientide elatud aeg omavahel võrreldes oli küllaltki erinev, võis see käesoleva uuringu tulemusi mõjutada. Lisaks on leitud, et subjektiivse heaolu hindamisel

mängib olulist rolli ka isiksusest tulenev faktor, eelkõige optimism (Cella, et. al. 1987), mis võis samuti tulemusi kallutada.

Järeldused

Elukvaliteedi tõstmine on tervisliku seisundi parandamise kontekstis tõusnud uuringute huviorbiiti ning elukvaliteedi seosed füüsilise tervisega on leidnud kinnitust (nt Vendegodt, Omar, Merrick, 2010). Seepärast on oluline pöörata suuremat tähelepanu sellele, kuidas subjektiivne heaolu ja emotsionaalne enesetunne tervisega seotud elukvaliteeti ennustada suudavad, sest nendele aspektidele pöörab palliatiivne ravi järjest kasvavat tähelepanu (Cassell, 2013, viidatud Yennurajalingam, et. al. 2018). Käesoleva uuringu põhjal võib järeldada, et see, kuidas *prognosis pessima* vähihaiged patsiendid tajuvad oma tervisega seotud elukvaliteedi aspekte, on erinevalt vähidiagnoosita inimestest vähemal määral kirjeldatav subjektiivse heaolu ja emotsionaalse enesetunde põhjal. See teema vajab siiski täiendavat uurimist, et selgitada välja täpsemad tervisega seotud elukvaliteeti mõjutavad faktorid lisaks (füüsilistele) haigusega kaasnevatele sümptomitele.

Käesoleva töö autori hinnangul võiks tulevikus kaaluda vähipatsientide puhul mõne teise tervisega seotud elukvaliteedi hindamise mõõdiku kasutamist, mille sobivus vähipatsientidele on leidnud rohkem kinnitust. Varasemalt on vaieldud, kas haigusega seotud kogemus läbielamisena mõjutab seda, kuidas patsient oma tervisega seotud elukvaliteeti tajub, mis omakorda tõstatab küsimuse õigete mõõdikute valimise kohta vastavalt sellele, milline on uuritava tervislik seisund (Tessier, Blanchine, Sebille, 2017). Haigusspetsiifilised küsimustikud on täpsemad elukvaliteedi kirjeldamiseks, samas kui üldistavad (nt RAND-36) võimaldavad grupe kergemini võrrelda (Lai, 2012). Tavapopulatsiooni puhul praktiline elukvaliteeti mõõtev küsimustik ei pruugi haiglas sama väärtuslik olla, kuna patsiendid on tavapärasest väsinumad, haavatavamad või kogevad rohkem negatiivseid afekte. Sellisel juhul võib olla abi limiteeritud elukvaliteedi küsimustikust, samas ei tohi aga viimase puhul mugavam kasutus seada kahtluse alla küsimustiku usaldusväärsust (Bush, et. al. 2010). Ühe alternatiivse instrumendina võib välja pakkuda ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) küsimustikku, mis uuringute põhjal on kõige laialdasemalt kasutatud mõõdik vähiga seonduvate sümptomite uurimiseks kaugele arenenud vähidiagnoosiga patsientide puhul (Pereira, et. al. 2014, viidatud Yennurajalingam, et. al. 2018). Seda küsimustikku peetakse vähihaigete sümptomite hindamise kontekstis valiidses ja kõrge reliaablusega mõõdikuks (Carvajal, et. al. 2011).

Samuti võiks lisada tervisega seotud elukvaliteedi ennustamise mudelisse faktoreid, mis on varasemates töödes leidnud veel kinnitust, et mudeli ennustusvõimet tõsta. Kuna varasemates uuringutes on lisaks väsimusele ja ärevusele seostatud tervisega seotud elukvaliteediga seonduvat subjektiivset heaolu ka alkoholismi, anoreksia ja hooldava pereliikme distressi tasemega, oleks mitmekülgsemate järelduste tegemiseks soovitatav lisada tulevikus uuringusse nende faktorite mõju vähihaige heaolule (Ryan, et. al. 2013). On leitud, et halb tervis, eraldatus ning töötus ennustavad madalamat subjektiivset heaolu (Dolan, Peasgood, White, 2007), mis omakorda viitab sotsiaalse dimensiooni tähtsusele subjektiivse heaolu hindamisel. Uuringu tulemustest võib järeldada, et kui vähidiagnoosita inimesed tajuvad oma tervisega seotud elukvaliteeti suures osas läbi oma emotsionaalse enesetunde ja subjektiivse heaolu, siis vähihaigete puhul on see mõju väiksem, kuid siiski statistiliselt oluline ning puudutab kvantitatiivselt vähem tervisega seotud elukvaliteedi kategooriaid.

Uurimistöö tugevused ja piirangud

Käesoleva töö tugevuseks on kindlasti raskesti ligipääsetava valimi andmestik - *prognosis pessima* vähihaigete patsientide subjektiivse heaolu, emotsionaalse enesetunde ja tervisega seotud elukvaliteedi seoseid ei ole varem Eestis autorile teadaolevalt uuritud. Lisaks sellele on tulemustes kokkulangevusi teiste sama valdkonna uuringutega ning tulemused näitavad suunda selles osas, mida tulevikus kõnealuses valdkonnas lisaks uurida tuleks. Samas on piiranguks väike valim ($N=62+62$), mistõttu osa tulemustest on kindlasti kallutatud antud vähihaigete grupi ja kontrollgrupi iseärasustest ning seetõttu ei saa teha üldistavaid järeldusi *prognosis pessima* vähihaigete patsientide kohta tervikuna. Samuti on varasematest uuringutest selgunud, et subjektiivne heaolu ja tervisega seotud elukvaliteet erinevad erinevate vähivormide puhul väga palju (Cassell, 2013, viidatud Tessier, Blanchine, Sebille, 2017), mistõttu tuleks vähivorme vaadata siiski sarnasema diagnoosiga patsientide valimi põhjal. Kontrollgrupi puhul on sarnane keskmine vanus (*prognosis pessima* 63 aastat, kontrollgrupp 64 aastat) ühelt poolt tugevuseks, kuna vanusest tingitud muutused subjektiivses heaolus, emotsionaalses enesetundes ja tervisega seotud elukvaliteedis mängivad väiksemat rolli. Samas esineb kontrollgrupi puhul suure tõenäosusega vanusest tulenevaid terviseprobleeme, mistõttu ei ole uuringu tulemused käesolevas töös kõrvutatavad inimestega, kelle tervisega seotud elukvaliteet ei ole tervisest oluliselt negatiivselt mõjutatud. Lisaks eelmainitule võis küsimustikele vastamisel esineda hetkeolukorrast, meeleolust, tervislikust seisundist, sotsiaalsest soovitatusest jm tulenevaid kallutusi vastuste andmisel.

Tänu sõnad

Eriline tänu *im memoriam* uuringus osalenud *prognosis pessima* vähihaigetele patsientidele, kes andsid uuringus osalemise kaudu oma viimastel elupäevadel panuse teaduse edendamisesse ning minu juhendajale, Inna Narrole, andmete kogumise, jagamise, toetuse, kannatlikkuse ja inspireerimise eest, Rauno Saluperele, Kristi Luhale, Christer Loobile, Sala Pidule ja LIFT99 meeskonnale vastutulelikkuse eest.

Viited

- Bush, S.H., Parsons, H.A., Palmer, J.L., et al. (2010). Single- vs. multiple-item instruments in the assessment of quality of life in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(3), 564–571.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., et al. (2011). A comprehensive study of psychometric properties of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) in Spanish advanced cancer patients. *European Journal of Cancer*, 47(12), 1863–1872.
- Cella, B., et. al. (1987). The relationship of psychological distress, extent of disease, and performance status in patients with lung cancer. *Cancer*, 60(7): 1661-1667.
- Cohen, S. & Pressman, S.D. (2006). Positive Affect and Health. *Current Directions in Psychological Science*, 15(3), 122-125.
- Diener, E., Oishi, S., Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour*, 2, 253-260.
- Dolan, P., Metcalfe, R. (2012). Valuing Health: A Brief Report on Subjective Well-Being versus Preferences. *Medical Decision Making*, Vol 32, Issue 4.
- Dunn, et. al. (2013). Health-related quality of life and life satisfaction in colorectal cancer survivors: trajectories of adjustment. *Health Qual. Life Outcomes*, 11, p46.
- Eesti Vähiliit (2018). Statistika. Retrieved from <http://cancer.ee/a/statistika/>
- Hirsch, J.K., Floyd, A.R. & Duberstein, P. R. (2012). Perceived health in lung cancer patients: the role of positive and negative affect. *Quality of life research*, 21(2), 187-194.
- Lai, T. (2012). Ülevaade peamistest üldist tervisega seotud elukvaliteeti mõõtvatest küsimustikest ja nende kasutamisest Eestist. Tervishoiu Instituut, Tartu Ülikool.

Lutgendorf, S. K., Sood, A. K. (2011) Biobehavioral factors and cancer progression: physiological pathways and mechanisms. *Psychosom Med*, 73 (2011), pp. 724-730

Mukuria, C., Brazier, J. (2013). Valuing the EQ-5D and the SF-6D health states using subjective well-being: A secondary analysis of patient data. *Social Sciences & Medicine*, 77: 97-105.

Narro, I. (2017). Vähihaiguse üle elanud ja *prognosis pessima* vähihaigete subjektiivne heaolu ning personaalsed väärtused. Publitseerimata magistritöö. Tartu Ülikool.

National Cancer Institute (2015). What is cancer? Retrieved from <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>

National Cancer Institute (2018). Cancer Statistics. Retrieved from <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>

Paat-Ahi, G., Sikkut, R., Veldre, V. (2013). Vähipatsientide elukvaliteet ja seda mõjutavad tegurid. Tallinn: Poliitikauuringute Keskus Praxis.

Ryan, T., et. al. (2013). Symptom burden, palliative care need and predictors of physical and psychological discomfort in two UK hospitals. *BMC Palliat Care*, 12:11.

Stephoe, A., Deaton, A. & Stone, A.A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640 – 648.

Stewart-Brown, S. (1998). Emotional wellbeing and its relation to health: Physical disease may well result from emotional distress. *BMJ: British Medical Journal*, 317(7173), 1608–1609.

Vendegodt, S., Omar, H. A., Merrick, J. (2010). Quality of Life as Medicine: Interventions that Induce Salutogenesis. A Review of the Literature. *Social Indicators Research*, Vol 100, Issue 3, pp 415-433

World Health Organisation (n.d.). WHO Definition of Palliative Care. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Yennurajalingam, et. al. (2018). Factors associated with patient-reported subjective well-being among advanced lung or non-colonic gastrointestinal cancer patients. *Palliative and Supportive Care*, 16, 23-31.

LISA 1

Mõõdiku alaskaala (EEK2/RAND-36)	B	SE B	β	t	p
Depressioon	-,368	,119	-,542	-3,081	,003
Ärevus	,377	,173	,388	2,181	,034
Agorafoobia	,356	,296	,187	1,202	,235
Sotsiaälärevus	-,663	,512	-,178	-1,293	,202
Asteenial	,020	,201	,016	,099	,922
Unetus	-,078	,163	-,062	-,474	,638
Füüsiline funktsioneerimine	,028	,030	,130	,920	,362
Füüsilisest tervisest põhjustatud piirangud	-,024	,045	-,071	-,525	,602
Emotsionaalsetest probleemidest põhjustatud piirangud	-,027	,022	-,173	-1,229	,225
Energia/väsimus	-,053	,038	-,241	-1,406	,166
Emotsionaalne heaolu	,090	,040	,405	2,248	,029
Sotsiaalne funktsioneerimine	-,028	,020	-,201	-1,422	,162
Valu	-,038	,018	-,272	-2,158	,036
Üldine hinnang tervislikule seisundile	-,039	,041	-,140	-,964	,340

Tabel 1.1: Emotsionaalse enesetunde ja tervisega seotud elukvaliteedi alaskaalad subjektiivse heaolu ennustajatena *prognosis pessima* vähihaigete patsientide puhul.

Mõõdiku alaskaala (EEK2/RAND-36)	B	SE B	β	t	p
Depressioon	-,030	,107	-,050	-,283	,779
Ärevus	,021	,180	,022	,114	,909
Agorafoobia	-,130	,261	-,083	-,499	,620
Sotsiaalärevus	-,332	,404	-,117	-,820	,416
Asteenial	-,017	,209	-,014	-,082	,935
Unetus	,038	,247	,029	,153	,879
Füüsiline funktsioneerimine	-,027	,032	-,169	-,836	,408
Füüsilisest tervisest põhjustatud piirangud	,011	,018	,120	,636	,528
Emotsionaalsetest probleemidest põhjustatud piirangud	,013	,020	,112	,668	,507
Energia/väsimus	,003	,042	,013	,063	,950
Emotsionaalne heaolu	,068	,052	,305	1,319	,194
Sotsiaalne funktsioneerimine	,013	,030	,070	,427	,671
Valu	-,016	,033	-,087	-,472	,639
Üldine hinnang tervislikule seisundile	,034	,051	,142	,676	,503

Tabel 1.2: Emotsionaalse enesetunde ja tervisega seotud elukvaliteedi alaskaalad subjektiivse heaolu ennustajatena kontrollgrupi puhul.

LISA 2

EEK2 Emotsionaalse enesetunde kategooria/SWLS Subjektiivne heaolu	B	SE B	β	t	p
Depressioon	,030	,400	,015	,074	,941
Ärevus	,494	,539	,171	,916	,364
Agorafoobia	-,634	,933	-,113	-,680	,499
Sotsiaalärevus	-1,475	1,678	-,134	-,879	,383
Asteenial	-,761	,550	-,205	-1,384	,172
Unetus	-,725	,533	-,196	-1,361	,179
Subjektiivne heaolu	-,239	,420	-,081	-,568	,572

Tabel 2.1.1: Emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu vähihaigete grupi füüsilistest piirangutest põhjustatud takistuste ennustajatena igapäevastes tegevustes.

EEK2 Emotsionaalse enesetunde kategooria/SWLS Subjektiivne heaolu	B	SE B	β	t	p
Depressioon	-,397	,993	-,063	-,400	,691
Ärevus	-	1,664	-,205	-	,222
	2,057			1,237	
Agorafoobia	,502	2,462	,030	,204	,839
Sotsiaalärevus	5,209	3,812	,174	1,366	,178
Asteenial	-	1,927	-,296	-	,059
	3,727			1,934	
Unetus	2,160	2,031	,156	1,064	,292
Subjektiivne heaolu	2,565	1,387	,243	1,850	,070

Tabel 2.1.2: Emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu kontrollgrupi füüsilistest piirangutest põhjustatud takistuste ennustajatena igapäevastes tegevustes.

EEK2 Emotsionaalse enesetunde kategooria/SWLS Subjektiivne heaolu	B	SE B	β	t	p
Depressioon	-,711	,495	-,233	-1,435	,157
Ärevus	-1,101	,669	-,252	-1,647	,105
Agorafoobia	-,816	1,156	-,096	-,706	,483
Sotsiaalärevus	-1,601	2,079	-,096	-,770	,445
Asteenial	-,617	,681	-,110	-,905	,370
Unetus	-,655	,660	-,117	-,992	,326
Subjektiivne heaolu	,132	,521	,030	,253	,801

Tabel 2.2.1: Emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu vähihaigete grupi emotsionaalse heaolu ennustajatena igapäevastes tegevustes.

EEK2 Emotsionaalse enesetunde kategooria/SWLS Subjektiivne heaolu	B	SE B	β	t	p
Depressioon	-,541	,339	-,202	-1,594	,117
Ärevus	-,928	,569	-,218	-1,633	,108
Agorafoobia	-,842	,841	-,119	-1,001	,321
Sotsiaälärevus	,747	1,303	,059	,573	,569
Asteenial	-,831	,659	-,155	-1,261	,213
Unetus	-,807	,694	-,137	-1,163	,250
Subjektiivne heaolu	,898	,474	,201	1,895	,064

Tabel 2.2.2: Emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu kontrollgrupi emotsionaalse heaolu ennustajatena.

EEK2 Emotsionaalse enesetunde kategooria/SWLS Subjektiivne heaolu	B	SE B	β	t	p
Depressioon	-,605	,468	-,249	-1,293	,201
Ärevus	-,313	,631	-,090	-,496	,622
Agorafoobia	1,074	1,092	,159	,983	,330
Sotsiaälärevus	-,054	1,964	-,004	-,027	,978
Asteenial	-,811	,643	-,181	-1,261	,213
Unetus	-,203	,624	-,046	-,325	,746
Subjektiivne heaolu	-,408	,492	-,115	-,829	,411

Tabel 2.3.1: Emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu vähihaigete patsientide üldise tervise hinnangu ennustajatena.

EEK2 Emotsionaalse enesetunde kategooria/SWLS Subjektiivne heaolu	B	SE B	β	t	p
Depressioon	-,757	,370	-,304	-2,048	,046
Ärevus	-,085	,620	-,022	-,138	,891
Agorafoobia	-,944	,917	-,144	-1,030	,308
Sotsiaalärevus	2,442	1,419	,207	1,721	,091
Asteenial	-,910	,718	-,183	-1,268	,210
Unetus	,257	,756	,047	,340	,735
Subjektiivne heaolu	,816	,516	,196	1,581	,120

Tabel 2.3.2: Emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu kontrollgrupi üldise tervise hinnangu ennustajatena.

EEK2 Emotsionaalse enesetunde kategooria/SWLS Subjektiivne heaolu	B	SE B	β	t	p
Depressioon	,094	,643	,030	,147	,884
Ärevus	,096	,868	,021	,111	,912
Agorafoobia	-1,047	1,501	-,118	-,697	,488
Sotsiaalärevus	,326	2,699	,019	,121	,904
Asteenial	-1,552	,884	-,264	-1,755	,085
Unetus	-,450	,857	-,077	-,525	,602
Subjektiivne heaolu	-,044	,676	-,009	-,064	,949

Tabel 2.4.1: Emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu vähihaigete patsientide füüsilise funktsioneerimise ennustajatena.

EEK2 Emotsionaalse enesetunde kategooria/SWLS Subjektiivne heaolu	B	SE B	β	t	p
Depressioon	-,332	,589	-,087	-,564	,575
Ärevus	-,927	,986	-,153	-,940	,352
Agorafoobia	-2,663	1,459	-,266	-1,825	,074
Sotsiaalärevus	4,120	2,260	,228	1,823	,074
Asteenial	-1,898	1,142	-,250	-1,662	,102
Unetus	3,111	1,204	,372	2,584	,013
Subjektiivne heaolu	,753	,822	,118	,916	,364

Tabel 2.4.2: Emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu kontrollgrupi füüsilise funktsioneerimise ennustajatena.

EEK2 Emotsionaalse enesetunde kategooria/SWLS Subjektiivne heaolu	B	SE B	β	t	p
Depressioon	-,809	,507	-,263	-1,596	,116
Ärevus	,750	,685	,170	1,095	,278
Agorafoobia	-,606	1,184	-,071	-,512	,611
Sotsiaalärevus	-2,060	2,129	-,122	-,968	,338
Asteenial	-2,433	,698	-,429	-3,487	,001
Unetus	-,751	,676	-,133	-1,111	,272
Subjektiivne heaolu	-1,121	,533	-,250	-2,102	,040

Tabel 2.5.1: Emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu vähihaigete patsientide energia/väsimustunde ennustajatena.

EEK2 Emotsionaalse enesetunde kategooria/SWLS Subjektiivne heaolu	B	SE B	β	t	p
Depressioon	-,406	,409	-,135	-,993	,325
Ärevus	-1,733	,686	-,363	-2,528	,014
Agorafoobia	-,561	1,014	-,071	-,553	,583
Sotsiaalärevus	,983	1,571	,069	,626	,534
Asteenial	-1,970	,794	-,329	-2,480	,016
Unetus	1,897	,837	,287	2,267	,028
Subjektiivne heaolu	,833	,571	,166	1,459	,151

Tabel 2.5.2: Emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu kontrollgrupi energia/väsimustunde ennustajatena.

EEK2 Emotsionaalse enesetunde kategooria/SWLS Subjektiivne heaolu	B	SE B	β	t	p
Depressioon	-,982	1,001	-,201	-,981	,331
Ärevus	1,523	1,358	,217	1,121	,267
Agorafoobia	-,402	2,406	-,029	-,167	,868
Sotsiaalärevus	-3,670	4,273	-,137	-,859	,394
Asteenial	,387	1,385	,043	,279	,781
Unetus	-,566	1,338	-,063	-,423	,674
Subjektiivne heaolu	-1,779	1,080	-,247	-1,648	,105

Tabel 2.6.1: Emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu vähihaigete patsientide valu ennustajatena.

EEK2 Emotsionaalse enesetunde kategooria/SWLS Subjektiivne heaolu	B	SE B	β	t	p
Depressioon	-,101	,511	-,030	-,197	,844
Ärevus	-,107	,857	-,020	-,125	,901
Agorafoobia	-1,386	1,267	-,158	-1,093	,279
Sotsiaälärevus	-1,434	1,963	-,091	-,731	,468
Asteenial	,072	,992	,011	,073	,942
Unetus	-2,785	1,046	-,380	-2,663	,010
Subjektiivne heaolu	,564	,714	,101	,790	,433

Tabel 2.6.2: Emotsionaalne enesetunne ja subjektiivne heaolu kontrollgrupi valu ennustajatena.

LISA 3

Kliiniline intervjuu (Tartu Ülikooli Kliinikum)

1. Objektiivsed andmed.

Demograafilised andmed, tervise, abielu ja perekonna andmed, haridustee, töötamine.

2. Praegune olukord:

a. Pöördumise põhjus: miks just praegu.

b. Suitsiidirisk.

c. Prognoos: varasem reageerimine ravile.

3. Patsiendi tugevad küljed, kohanemistase, toimetuleku strateegiad.

4. Kujunemislugu:

a. Sünn ja areng.

b. Sotsiaalne ja seksuaalne areng.

c. Isiku elu ja perekonnalugu.

d. Psühhopaatoloogia perekonnas.

5. Sotsiaalne toetus.

6. Huvialad ja puhkamisviisid.

7. Enesekirjeldus.

8. Ettekujutus tulevikust. Soovitud eesmärgid.

9. Veel midagi, millest patsient tahaks rääkida.

LISA 4

Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku leht

Töö teema: Emotsionaalse enesetunde ja subjektiivse heaolu mõjud tervisega seotud elukvaliteedile.

Informatsioon uuritavale: Teid kutsutakse osalema teaduslikus uuringus, mille eesmärgiks on kirjeldada emotsionaalse enesetunde ja subjektiivse heaolu mõjusid tervisega seotud elukvaliteedile.

Kõigil uuritavatel palutakse täita erinevad küsimustikud:

tervisliku seisundi ülevaade (üldine hinnang oma tervisele)

eluga rahulolu ja subjektiivne heaolu

emotsioonide tundmine ja emotsionaalne enesetunne

Uuringust osavõtmine on täiesti vabatahtlik.

Kogu meile uuringu käigus usaldatud informatsioon on täiesti konfidentsiaalne. Mitte kuskil uuringu käigus ei küsita Teie nime ja tulemused ei ole hiljem mitte kuidagi seostatavad Teie isikuga.

Paberkandjal kogutud andmed hävitatakse koheselt kui nad on digitaliseeritud. Andmebaase hoitakse turvalises psych.ut.ee serveris ja neid hoitakse alles kuni projekti lõpuni 2018 a või kui selle põhjal valmivad artiklid pole veel valmis, siis kuni 5 a kogumise ajast.

Mind, (ees- ja perekonnanimi), on informeeritud ülalmainitud uuringust

ja ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu metoodikast ning kinnitan oma nõusolekut selles osalemiseks allkirjaga.

Tean, et uuringute käigus tekkivate küsimuste kohta saan mulle vajalikku täiendavat informatsiooni:

Toivo Aavik, TÜ Psühholoogia Instituut, Näituse 2, Tartu,

tel: 7 376 365, e-mail: toivo.aavik@ut.ee

Uuritava allkiri:

Kuupäev, kuu, aasta

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi ja allkiri:

Käesolevaga kinnitan, et olen korrektselt viidanud kõigile oma töös kasutatud teiste autorite poolt loodud kirjalikele töödele, lausetele, mõtetele, ideedele või andmetele. Olen nõus oma töö avaldamisega Tartu Ülikooli digitaalarhiivis DSpace. /Krislin Raik/